Lane Medical Library

Febris hepatica.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 9. Juli 1895

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Eugen Rund

aus Charlottenburg.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Wilhelm Stöltzner.
„ Dd. med. Leopold Schayer.
„ cand. phil. Alfred Irmer, Opernsänger.

CHARLOTTENBURG
Buchdruckerei von Fänger & Heimann
Krumme Strasse 7.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/febrishepatica0000euge

Im ärztlichen Publikum gilt heute noch vielfach die Anschauung, dass ein mehr oder minder regelmässiges intermittierendes Fieber bei Affektion der Leber, welches ohne andere prägnante Symptome verläuft, auf Abscessbildung im Parenchym dieses Organs zurückzuführen sei.

Bei der diagnostischen Erwägung im konkreten Falle wird diese Möglichkeit zuerst ins Auge gefasst; erst der meist glückliche und verhältnismässig schnelle Ablauf der prognostisch sonst ungünstigen Erkrankung lässt Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen.

In der That haben die experimentellen und klinischen Erfahrungen der letzten dreissig Jahre gelehrt, dass das Fieber ungleich häufiger der Ausdruck eines infektiös-entzündlichen Prozesses der Gallenwege ist; die Leber kann intakt oder nur wenig verändert sein.

Leyden war es zuerst, der am Versuchstier zeigte, dass nach Unterbindung des Ductus choledochus intermittierende Fröste eintraten, ohne dass eine Spur von Abscessbildung in der Leber nachweisbar war; „vielleicht ist hier die Resorption gewisser Zersetzungsprodukte der Galle Ursache der Fröste".

Inzwischen war dem forschenden Auge des Menschen eine neue Welt aufgegangen, die Welt des

Kleinen. Man erkannte sehr bald den Einfluss der Mikroorganismen auf den menschlichen resp. tierischen Körper und begriff vor Allem den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Thätigkeit der Parasiten und dem Fieber, der defensiven Reaktion des Organismus gegen die schädlichen Einwirkungen jener kaum sichtbaren Feinde.

Die neugewonnene Anschauung benutzte Charcot, um die Hypothese des deutschen Klinikers zu erweitern.

Er fasste die Zersetzungsvorgänge in den Gallenwegen auf als Lebensäusserungen von Bakterien, die vom Darm aus in den Choledochus einwanderten. Das Eindringen war ihnen dadurch ermöglicht, dass die abwehrende Kraft der Galle durch die Unterbindung gebrochen war.

Charcot übertrug die theoretischen Erwägungen in die klinische Praxis.

Schon lange*) war das intermittierende Fieber bei Gallenstein bekannt. Beeinflusst durch Budd und Frerichs hielt man es zu jener Zeit allgemein für den Effekt des Reizes, den der Stein auf die Wandungen der Gallengänge ausübte, und benannte es auch darnach Reiz-, Reflex- oder Irritationsfieber.**)

Dieser Auffassung trat der französische Forscher entgegen. Seiner Ansicht nach wirkte der Stein nicht irritierend, sondern arretierend; er dämmte den Gallenfluss ab und ermöglichte dadurch Infektions-

---

*) Soemmering, De calculis biliariis corporis humani. 1795. „Hinc varii motus febriles, hinc ipsa febris intermittens . . .“

**) Neuerdings will Ortner beweisen, dass Budd und Frerichs von ihren Zeitgenossen missverstanden wurden. Meiner Ansicht nach liegt der Irrtum ganz auf Ortners Seite.

Vergl. Budd, Krankh. d. Leber. 1846, S. 322 ff. u. Ortner, zur Klinik der Cholelithiaris, S. 49.

erregern den Eintritt in das Gangsystem. Erst diese waren die Ursache des Fiebers.

Das wichtigste Argument in seiner Beweisführung war die Beobachtung, dass das Fieber gar nicht an die Anwesenheit des Steins gebunden war, dass es vielmehr auch eintrat bei zahlreichen pathologischen Veränderungen, wofern diese nur eine Retention der Galle herbeiführten, an welche sich alsdann die schon erwähnte Komplikation anschloss.

Die Retention kann durch eine Compression von aussen bedingt sein oder durch ein Hemmnis im Innern der Ausführungsgänge.

Von erstgenannten Ursachen ist am häufigsten der Krebs des Pankreaskopfes, das diagnostische Problem früherer Zeiten; indem er dem Sekret der Bauchspeicheldrüse den Ausweg verlegt, verengt er weiterwuchernd das Lumen des Choledochus, welcher derselben Mündung, der papilla Vateri, zustrebt.

In andern Fällen presst eine geschwollene Lymphdrüse an der porta hepatis, sehr selten ein Aneurysma der ebendort verlaufenden Gefässe den Gang zusammen.

Zuweilen kann eine entzündliche Verwachsung, die von der Gallenblase (primäres Carzinom!), den Därmen etc. ausgeht, abschnürend wirken.

Im Innern der Gänge verengen Tumoren oder narbige Stricturen die Lichtweite. In sehr seltenen Fällen findet man ein Entozoon als Missethäter; alsdann ist der Infektionsvorgang kompliziert, hat aber in seinem Verlauf den Wert eines Experiments.

Gewöhnlich ist es der Ascaris lumbricoides, jener unruhige Darmbewohner, dessen Eigenart es ist, sich durch möglichst kleine Oeffnungen durchzuquetschen. Allbekannt ist seine Vorliebe für verschluckte Glasperlen, die er als stolzen Schmuck auf seinen schlanken Leib aufzieht. Recht unangenehm wird der Parasit,

wenn die Mündung der pap. Vateri seine Leidenschaft weckt, und er, in seinem dunklen Drange des unrechten Weges sich nicht bewusst, sich in den Choledochus einzwängt und denselben hinaufwandert. Dann wirkt sein Körper zunächst als Stopfen, der eine Retention der Galle herbeiführt und damit der Infektion die Wege bahnt; dazu kommt, dass er ja selber aus dem Darm eine Masse septischen Materials mit sich schleppt. Es treten intensive Entzündungen mit typischem Fieber auf; mit einem Schlage lassen diese mitunter nach. Die Lösung des Räthels beruht darauf, dass die Mündung des Cysticus, an welche er zunächst herankommt, ihn zu einem Abstecher verführte (Mosler). Die wieder frei fliessende Galle reinigt den Choledochus von den ungebetenen, kleinen Gästen; andererseits hat das unfreiwillige Bad, das den Wurm in der Gallenblase erwartet, die mechanische Kraft, seine Begleitung von ihm ab- und weiter hinauszuspülen. Die Entzündung klingt ab; das Fieber schwindet, welches nach der Theorie von der Irritation weiter bestehen müsste, da ja der Wurm in der Blase die „äusserst empfindlichen" Wandungen reizt. — Wehe aber, wenn der Eindringling in den Hepaticus gelangt! Hier bricht er den Strom der Galle, welche ihn nicht mehr von seinen Gefährten trennen kann. Ohne sie würde er in dem ungewohnten Milien zu Grunde gehen; ohne ihn wären sie nicht in ein so günstiges Terrain gekommen. Gleichsam als Gegenleistung, vor allem aber zur eignen Wohlfahrt, erzeugen sie Entzündungen, deren Sekrete sie beide ernähren. Gegen so mächtige Verbündete vermag der Organismus des Wirts selbst mit der kräftigen Waffe der Eiterung nicht erfolgreich anzukämpfen. Der Mensch, die Krone der Schöpfung, geht zu Grunde als Opfer eines Genossenschaftslebens, einer Symbiose zwischen niederem Tier und niederster Pflanze!

Mannigfach sind die Veränderungen, welche die Gallenwegsschleimhaut und die tieferen Schichten bei den infektiösen Vorgängen erleiden.

Es kommen einfache katarrhalische Schwellungen, mit und ohne Eiterung vor; die Affektion kann so gering sein, dass sie makroskopisch garnicht wahrgenommen werden kann. Auf der andern Seite entstehen in seltenen Fällen die schwersten Diphtherien; am häufigsten findet man ulcerative Entzündungen.

Da nun erfahrungsgemäss sich das intermittierende Fieber meistens auf entzündliche Cholelithiasis zurückführen lässt, so leuchtet ein, dass bei Gallenstein Ulcerationen zahlreich anzutreffen sein werden. Dieses Faktum hat zu einer missverständlichen Auffassung von der Entstehung der Geschwüre geführt. Man hält sie vielfach für eine Folge des Drucks, welchen der in der Blase ruhende oder in den Gängen eingeklemmte Stein auf die Wandungen ausübt. („Drucknekrose".) Aber klinische Erfahrung und die Betrachtung der anatomischen Verhältnisse zeigen, dass sie nur das Zerstörungswerk von Bakterien sein können, bei welchem der Stein gelegentlich eine Rolle spielen kann. Er verhindert mitunter durch den Kontakt mit der Schleimhaut ein Hinwegspülen der zwischen ihm und der Wand befindlichen Mikroorganismen.

Zur Bestätigung dieser Ansicht sei darauf hingewiesen, dass die Entstehung der Schleimhautdefecte keineswegs von der Anwesenheit eines Steines abhängig ist. Batkowski berichtet einen Fall von Ascaris in den Gallenwegen (aus der Lebert'schen Klinik); die Schleimhaut war „granuloes, verdickt, rauh und ulceriert."

Nun wird Niemand behaupten wollen, dass der weiche Körper des Wurms eine Drucknekrose erzeugen konnte, am allerwenigsten da, wo die anatomischen

Verhältnisse auch für einen harten Stein diese Möglichkeit nicht gewähren.

Denn zur Entstehung eines solchen Decubitus sind harte Gegenpunkte erforderlich. Wo sollte ein in der Blase ruhender Stein, unter welchem bei der Sektion ein Ulcus entdeckt wird, den Gegenpunkt finden und wie soll überhaupt der durch sein geringes Gewicht in der schweren Flüssigkeit fast schwebende Stein einen Druck ausüben können?

Ferner, nehmen wir an, dass der Stein z. B. im Choledochus eingekeilt wird und die eine Wand gegen die Leber anpresst. Was ist die Folge? Das Gallenrohr dehnt sich vermöge seiner Elastizität in die Breite; das kann es auch darum, weil es nach dem Dickdarm zu freie Bahn hat.

Auf keinen Fall kann also hier eine mehr oder weniger vollständige Circulationsstörung, das erste Stadium des Decubitus, eintreten.

Angenommen nun, dass wirklich eine solche eintritt; so müssten alsdann die gedrückten Stellen anaemisch werden und damit zugleich anästhetisch; das will sagen: eine Steineinklemmung macht keine Schmerzen! Wie verhält sich die Erfahrungsthatsache des wütenden Colikschmerzes dazu? In andern Punkten befindet sich die Theorie von der Drucknekrose in einem Gegensatz zu den Erfahrungen der pathologischen Anatomen. Bei Sektionen findet man nicht selten Steine im Cysticus. Eine Infektion der Gallenwege war nicht eingetreten, weil der Abfluss der Galle unbehindert war.

Hier fehlt nicht nur jede Spur von Ulceration, sondern die Wandungen sind im Gegenteil noch verdickt.

Im Choledochus ist die Schleimhaut oft geschwürig zerfallen, während der schuldige Stein in dem engen Raum frei beweglich ist; eine Druckwirkung ist also

völlig ausgeschlossen, dagegen bedingt der Fremdkörper eine Stauung, an welche sich natürlich eine Infektion anschliessen konnte.

Dass die Galle in solchen Fällen wirklich infiziert ist, beweist eine eintretende Perforation. In sämmtlichen bisher bekannt gewordenen Fällen bewirkte der Durchbruch eine septische Peritonitis (Courvoisier).

Interessant ist, was Budd über diesen Punkt sagt und wie er im Geiste seiner Zeit sich ausdrückt (S. 320): „Gallensteine finden sich sehr häufig in Verbindung mit Geschwüren der Blase, ohne dass man sie jedoch in allen Fällen als Ursache derselben betrachten darf, da die Ulcerationen, auch ganz unabhängig von Gallensteinen, blos durch eine ungesunde Beschaffenheit der Galle bedingt werden können."

Nun ist nach unsern Begriffen die Galle ungesund, wenn sie bei gestörtem Abfluss bacterienhaltig ist.

Zu dieser Auffassung sind wir berechtigt, seitdem Charcot, im Verein mit Gombault, seine Hypothese bewiesen hat, d. h.: seitdem er durch künstliche Erzeugung einer Gallenstase mittels Choledochus-Unterbindung beim Versuchstier ein völlig identisches Krankheitsbild erhielt und in der stagnierenden Flüssigkeit „Fadenpilze und Körnchen, die in beweglichen Ketten angeordnet sind" fand.

Durch die vervollkommneten bacteriognostischen Hilfsmittel, besonders durch das Culturverfahren, haben die Forschungen gerade der letzten zehn Jahre eine Klarstellung von Art und Wirkung der in Frage kommenden Microorganismen geliefert.

Die bedeutsamste Rolle spielt nach übereinstimmenden Angaben ein Bacillus von wechselvoller Gestalt und Virulenz, das bacterium coli, der Escherichsche Bacillus. In dem Inhalt der erkrankten Gallenwege, den man durch Punction oder Operation gewonnen

hat, fehlt er selten; er kommt entweder allein oder in Gesellschaft des Staphylococcus pyog. albus und des Streptococcus vor; in vereinzelten Fällen trifft man ihn auch zusammen mit dem Pneumococcus. Natürlich kann auch jeder der letztgenannten Coccen allein oder vereint mit diesem und jenem gefunden werden. Je nach dem Vorherrschen des einen oder andern sind auch die Veränderungen an den Geweben der Gallengänge verschieden.

Die schwersten Verwüstungen richten Staphylococcus und Streptococcus an: (Rovighi, Netter und Martha, Malvez und Dupré, Gilbert und Girode.) Wo man ausgedehnte Ulcerationen und nekrotische Processe sieht, kann man sicher sein, eine von beiden Bacterienarten auf der Cultur wachsen zu sehen.

Die Wirkungsweise des Pneumococcus (Malvez, Gilbert) ist noch zu wenig studirt: er kommt an sich selten vor und ausserdem meist in Gemeinschaft mit andern.

In Bezug auf das Bacterium coli stimmen die Angaben der Autoren dahin überein, dass es zumeist die milderen Formen der Entzündung hervorrufe (Renvers, Martha, Dupré, Bouchard, Charrin und Roger, Gilbert und Girode, Levy, Naunyn). Macaigne, der eine umfangreiche Monographie über das Bact. coli geschrieben hat, hält den Parasiten allerdings für fähig, auch schwerere Veränderungen zu verschulden.

Das Culturverfahren ermöglichte ein genaues Studium der Wirkungsweise der einzelnen Arten insofern, als man eine Reincultur, die aus der „ungesunden“ Galle gewonnen war, in die Blase eines Thieres spritzte, welchem man den Choledochus unterbunden hatte. Man erhielt ausnahmslos analoge Veränderungen der

Schleimhaut u. s. w. und typisches intermittierendes Fieber. Häufig schritt der Entzündungsprozess weiter; es entwickelte sich das Bild einer Pyaemie oder der Septicaemie. Dieselben Erscheinungen traten gelegentlich auch beim Menschen ein. Hier waren sie der beste Beweis für die septische Natur des intermittierenden Fiebers.

Leva berichtet, dass während des Verlaufs einer entzündlichen Cholelithiasis Herzgeräusche auftraten. Die Section ergab eine recente Endocarditis; die Gallengänge waren erweitert, enthielten Steine, keinen Eiter. Bacteriologisch wurde nicht untersucht.

Aehnliche Fälle berichten Luys und Mathieu und Malibran. Der fehlende Eiter beweist nicht, dass auch eine Infection fehlte; denn Gilbert wies in einer exstirpierten steinhaltigen Gallenblase das Bact. coli nach, ohne dass eine Eiterung sichtbar war.

Der ätiologische Zusammenhang von Cholelithiasis und recenter Endocarditis wurde von Netter und Martha in exakter Weise dadurch klar gelegt, dass sie an der Mitralklappe und in den Gallengängen eine kurze Bacillenart fanden, die sonst nur im Duodenum vorkommt.

Leyden machte darauf aufmerksam, dass im Anschluss an Gallensteine sich ein Leberabscess entwickeln kann, welcher auf denselben Entzündungserreger zurückzuführen ist, welcher die gleichzeitig bestehende Angiocholitis unterhält. In seinem Fall war es der Streptococcus; in dem von Fraenkel berichteten das Bact. coli, welches in einem dritten Fall (Stern) schliesslich noch eine Meningitis purulenta erzeugte.

Ortner züchtete aus dem Blut eines Kranken mit intermittierendem Fieber bei Steineinklemmung den Staphylococcus.

Endlich ist es Naunyns Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, dass das typische Symptom der septischen Erkrankung, der Milztumor, auch das intermittierende hepatische Fieber begleitet.

Hepatisches Fieber — das ist die Uebersetzung von „fièvre hépatique", welche mein hochverehrter Lehrer, Herr Geh. Rat Leyden, gegeben hat und anwendet.

Sie ist aus sprachlich-aesthetischen, historischen und wissenschaftlichen Gründen meiner Ansicht nach die beste Uebertragung in das medizinisch-wissenschaftliche Deutsch.

Der Ausdruck Leberfieber ist deutscher, aber darum nicht schöner. Die Benennung „Gallenfieber", die noch vielfach gebraucht wird, ist erstens nicht praecis, da der Krankheitsprozess nach der heutigen Anschauung durch Affection der Gänge, nicht der Galle bedingt ist; zweitens ist der Begriff noch nach einer andern Seite hin über den engen Rahmen hinausgewachsen, den der Name zieht.

In den letzten zwei Jahrzehnten nämlich wurde in ganz vereinzelten Fällen von Sarcom und Carcinom der Leber intermittierendes Fieber beobachtet.

Die erste Angabe stammt von Leichtenstern: andre von Osler und Naunyn.

Hampeln, der sich eingehend mit dem Gegenstand beschäftigte, fand unter fast 100 Beobachtungen von Carcinom d. Leber nur zwei, bei denen das ausgesprochene Intermittens auf keine andere Ursache bezogen werden konnte.

Gleichwohl wird man gegebenen Falls bei der Diagnose die Möglichkeit eines solchen Tumors nicht ganz ausschliessen dürfen, obschon ja für gewöhnlich entweder ein Leberabscess oder noch bei weitem häufiger Cholangitis mit Gallenstein in Betracht kommt.

Bei Mangel unterscheidender Symptome stelle man zunächst die allgemeine Diagnose: hepat. Fieber und warte die Entwickelung der Krankheit ab.

Eine reiche klinische Erfahrung, welche einen glücklichen Verlauf in der Mehrzahl der Fälle gesehen hat und darum das Fieber weniger pessimistisch beurtheilt als es zu Zeiten Charcots geschah, giebt das Recht zum Warten, mahnt aber gleichzeitig zur sorgfältigen Berücksichtigung hinzutretender Erscheinungen. Eine nachweisbare Fluctuation einerseits, eine Steineinklemmung auf der andern Seite, welche die Natur voraussichtlich nicht selber beseitigen kann, werden den Gedanken an einen chirurgischen Eingriff nahelegen.

Casuistik.*)

Anamnese.

Frau G., Hebamme, 47 Jahre, aufgenommen am 19. Juli 1894. Die Patientin stammt aus gesunder Familie, hat 9 Partus und 3 Abortus durchgemacht.

Seit 1885 bemerkte P. eine kleine Geschwulst in der Lebergegend, die ihr keine Beschwerden machte.

Kurz nach Pfingsten 1893 erkrankte sie mit Appetitlosigkeit, Schwäche, Druck in der Lebergegend und plötzlich eintretender intensiver Gelbfärbung der Haut. Als Ursache giebt P. grosse Anstrengung und Aufregung nach Hilfeleistung bei einer schweren Geburt an. Obwohl der Zustand sich auf geeignete Behandlung hin besserte, verschwanden die Schmerzen nie ganz, und kehrten nach grössern Anstrengungen verstärkt mit Fieber und Frost wieder, so dass P. sich öfter zu Bett legen musste. Vom October 1893 an verschlimmerte sich der Zustand der P., sie fühlte sich schwächer und blieb meist zu Haus.

Die Leberschwellung nahm zu; die Schmerzen verschwanden nicht mehr.

Die behandelnden Aerzte wollten noch im October eine Operation vornehmen, doch standen sie davon ab, als eine Verkleinerung der Geschwulst bemerkbar wurde.

Die Beschwerden, welche in Druck in der Lebergegend, in Schwäche, Appetitlosigkeit und Frösten bestanden, hielten während der folgenden Zeit mit kurzen Perioden der Besserung unverändert an. Die Leberschwellung machte wieder Fortschritte.

---

*) Als auffällig zu erwähnen ist bei beiden Patientinnen die Neigung zu Blutungen; bei beiden traten einmal zeitlich abnorme Menses ein, die nach einigen Tagen bei der einen (Frau G.), nach wenigen Stunden bei der andern (Frau L.) cessierten.

Seit 8 Tagen traten auch Schmerz und Druck in der Magen- und Milzgegend hinzu, vor 5 Tagen stellte sich starkes Fieber und Schüttelfrost ein, welcher 3 Tage anhielt.

Auf Anrathen eines Arztes lässt sich P. in die Charité aufnehmen.

Die augenblicklichen Beschwerden bestehen in starker Schmerzhaftigkeit der Leber-, Magen- und Milzgegend und Hautjucken.

Status.

P. ist von mittelgrosser Statur, ziemlich kräftigem Knochenbau, hat schlaffe Muskulatur und geringes Fettpolster. Sie nimmt die active Rückenlage ein; facies composita.

Die Haut ist trocken, warm, lässt sich überall in grossen Falten abheben, ist von gelbbräunlicher Farbe; auf dem Rücken verschiedene dunkel pigmentierte linsengrosse Flecken.

Der Puls ist regelmässig, 82, von geringer Spannung und Fülle, etwas fieberhaft.

Die Respiration ist ruhig, nicht angestrengt, die Percussion der Lunge ergiebt vollen, lauten Schall und normale Grenzen. Ueberall reines Vesiculär-Athmen. Die Herzdämpfung reicht bis zum obern Rand der dritten Rippe; nach aussen bis zur Mammillar-Linie, nach rechts bis zur linken Sternal-Linie. An der Mitralis ist der erste Ton etwas klappend und unrein. Die übrigen Herztöne sind normal. Die Leberdämpfung beginnt in der Mammillar-Linie am untern Rande der fünften Rippe und reicht bis zur Höhe der Spina ant. sup., sie geht alsdann nach links oben über den Nabel, ist auf Druck in geringem Grade schmerzempfindlich, die Oberfläche ist glatt, der Rand ist scharf. Die Gallenblase ist weder sicht- noch fühlbar. Der Urin ist frei von Eiweiss und Gallenfarbstoffen.

20. Juli.	Vormittags	8 Uhr	37,5
	Nachmittags	4 „	38,8
	„	8 „	38,4.

Puls 94. Menses.

21. Juli.	Vormittags	8	Uhr	37,5
	Nachmittags	2	„	39,1
	„	4	„	38,8
	Abends	8	„	39,0.

Puls 120.

22. Juli.	Vormittags	8	Uhr	36,4
	Nachmittags	2	„	36,4
	„	4	„	36,3
	Abends	8	„	37,6.

Puls 88. Abfall der Temperatur unter mässigem Schweissausbruch. Geringes Nasenbluten. Stuhl ist hellbraun gefärbt. Menses haben aufgehört.

23. Juli.	Vormittags	8	Uhr	36,0
	Mittags	12	„	36,2
	Nachmittags	4	„	36,7
	Abends	8	„	36,2.

24. Juli.	Vormittags	8	Uhr	36,0
	Nachmittags	1	„	36,5
	„	4	„	36,9
	Abends	8	„	37,0.

Der Urin ist dunkelrot gefärbt.

25. Juli.	Vormittags	8	Uhr	36,0
	Mittags	12	„	36,2
	Nachmittags	4	„	**38,0**
	Abends	8	„	**39,8**.

26. Juli.	Vormittags	8	Uhr	37,1
	„	11	„	38,5
	Nachmittags	2	„	38,4
	„	4	„	38,4
	Abends	8	„	39,2.

Puls 96. Die Schmerzen in der Lebergegend sind seit gestern Abend heftiger geworden. Seit gestern 4 Uhr Nachmittags hat P. Fiebergefühl. Heute morgen Frost.

R. unterhalb des Nabels sieht man durch die schlaffen Bauchdecken eine kuglige Hervorwölbung,

welche dem unteren Leberrande ansitzt und sich respiratorisch verschiebt.

Druck auf dieselbe ist in mässigem Grade schmerzhaft.

27. Juli.	Vormittags	8	Uhr	37,6
	Mittags	12	„	38,2
	Nachmittags	4	„	38,7
	Abends	8	„	37,6.

Puls 88. Gallenfarbstoffproben negativ.

28. Juli.	Vormittags	8	Uhr	36,4
	Mittags	12	„	36,4
	Nachmittags	4	„	36,7
	Abends	8	„	37,0.

Puls 88. Die kuglige Anschwellung unterhalb des Nabels ist nicht mehr zu bemerken.

29. Juli.	Vormittags	8	Uhr	36,6
	Mittags	12	„	36,4
	Nachmittags	4	„	36,6
	Abends	8	„	37,6.

Puls 72.

30. Juli.	Vormittags	8	Uhr	36,3
	Mittags	12	„	36,9
	Nachmittags	4	„	37,0
	Abends	8	„	37,8.

Puls 76.

31. Juli.	Vormittags	8	Uhr	38,0
	Mittags	12	„	37,3
	Nachmittags	4	„	38,4
	Abends	8	„	37,8.

Puls 80. P. klagt heut morgen über Frostgefühl. Die Menses sind nach 8tägiger Pause wieder eingetreten.

1. August.	Vormittags	8	Uhr	37,1
	Mittags	12	„	36,6

	Nachmittags	4 Uhr	36,9
	Abends	8 „	36,5.

Puls 80. Die Menses bestehen heut weiter fort.

2. August.	Vormittags	8 Uhr	36,7
	Mittags	12 „	36,4
	Nachmittags	4 „	37,1
	Abends	8 „	36,7.

Puls 76. Die Menses cessieren.

3. August. Die Temperaturen hielten sich um 36,5.

Puls 76.

4. August. Temperaturen zwischen 36,1—36,6.

Puls 78. P. hat im Laufe des Tages 200 ccm braun gefärbter Flüssigkeit erbrochen, klagt über Frostgefühl und Stiche in der linken Seite.

5. August.	Vormittags	8 Uhr	37,8
	Mittags	12 „	36,9
	Abends	8 „	37,5.

Puls 96.

6. August.	Vormittags	3½ Uhr	**38,5**
	„	8 „	**39,9**
	„	10 „	37,4
	Mittags	12 „	36,8
	Nachmittags	2 „	37,3
	„	4 „	37,4
	Abends	8 „	38,6.

Puls 90. P. hatte um 3½ Uhr morgens einen Schüttelfrost; klagt über Kältegefühl in den Beinen.

7. August.	Vormittags	8 Uhr	37,0
	Mittags	12 „	37,4
	Nachmittags	4 „	38,2
	Abends	8 „	37,0.

Puls 90.

8. August.	Vormittags	8	Uhr	38,3
	Mittags	12	„	38,1
	Nachmittags	4	„	38,1
	Abends	8	„	36,5.

Puls 90. P. klagt über Stiche in der linken Seite. Die Milzdämpfung beginnt an der 7. Rippe und lässt sich weiterhin von der Leberdämpfung abgrenzen. P. klagt über Schmerzen in der Milzgegend.

Palpation der fühlbaren Leberoberfläche ergiebt im allgemeinen wenig Druckempfindlichkeit: nur eine Stelle in der Medianlinie, und zwar in der Mitte zwischen proc. xiph. und Nabel wird als schmerzhaft angegeben.

Der untere Leberrand ist zu fühlen in der rechten Mammillarlinie in der Höhe der spina ant. sup., in der Mittellinie des Körpers in Nabelhöhe, von wo aus er in nach unten convexem Bogen bis zum Rippenrand ansteigt, um dann mit der Milzdämpfung zu verschmelzen.

9. August.	Vormittags	8	Uhr	36,5
	Mittags	12	„	38,0
	Nachmittags	4	„	38,0
	Abends	8	„	36,4.

P. klagt über Stiche in der linken Seite.

10. August.	Vormittags	8	Uhr	38,1
	Mittags	12	„	37,2
	Nachmittags	4	„	38,0
	Abends	8	„	37,4.

Als P. sich einmal aufrichtete bekam sie plötzlich Frösteln, Ohnmachtsanfall mit Ohrensausen.

11. August.	Vormittags	8	Uhr	36,4
	Nachmittags	4	„	37,4
	Abends	8	„	38,1.

12. August.	Vormittags	8	Uhr	37,4
	Mittags	12	„	36,9

	Nachmittags	4 Uhr	38,3
	Abends	8 „	37,5.

Gegen Morgen klagt P. über Frösteln.

13. August.	Vormittags	8 Uhr	38,0
	Mittags	12 „	37,4
	Nachmittags	4 „	38,7
	Abends	8 „	37,7.

Gegen 3 Uhr nachmittags klagt P. über Frösteln.

15. August.	Vormittags	8 Uhr	36,8
	Mittags	12 „	37,1
	Nachmittags	4 „	36,8
	Abends	8 „	36,6.

P. hatte heut morgen wieder Frost, welcher eine Stunde anhielt.

19. August.	Vormittags	8 Uhr	37,1
	Mittags	12 „	38,6
	Nachmittags	4 „	38,3
	Abends	8 „	38,4.

P. klagte heut morgen über Frostgefühl und ziehende Schmerzen in der rechten Seite.

23. August.	Vormittags	8 Uhr	36,7
	Mittags	12 „	37,5
	Nachmittags	2 „	37,4
	„	4 „	37,3
	Abends	6 „	37,6
	„	8 „	37,2.

P. klagt über Frösteln.

25. August.	Vormittags	8 Uhr	36,8
	Mittags	12 „	37,5
	Nachmittags	4 „	36,4.

P. verbrachte 20 Minuten ausserhalb des Bettes.

28. August. Temperatur um 37,0.

P. verträgt das Aufstehen gut und bringt 1 Stunde ausserhalb des Bettes zu.

Die Leberdämpfung beginnt in der r. Mam.-Linie am oberen Rande der 5. Rippe. Der untere Leberrand ist durch die dünnen, fast fettlosen Bauchdecken leicht zu palpieren, und zwar in der r. Mam.-Linie in der Höhe der Spina ant. sup,, in der Medianlinie des Körpers etwas oberhalb des Nabels und er lässt sich bis in das linke Hypochondrium verfolgen. Der freie Rand ist ziemlich scharf und glatt: die abtastbare Leberoberfläche ist glatt, ohne Unebenheiten. Etwas nach rechts und unten von dem Nabel fühlt man heute eine birnförmige, elastische, nicht sehr pralle und nicht schmerzhafte Geschwulst, welche sich respiratorisch mit der Leber verschiebt (cf. 26. Juli).

Die Milz ist palpabel, von mässig derber Consistenz. Leber- und Milzdämpfung sind gegeneinander nicht abzugrenzen. Nach oben reicht die Milzdämpfung bis zur 7. Rippe.

Die Haut des ganzen Körpers hat einen Stich in's Hellbräunliche. Die Conjunctiven sind weiss.

Der Stuhlgang ist von graubrauner Farbe, nicht sehr gallenreich. P. verlässt die Charité in gebessertem Zustande.

Frau L., separierte Schlächtermeistersfrau, 39 J., aufgenommen am 19. Juli 1894.

Anamnese.

P., die ein todtgeborenes Kind zur Welt gebracht hat, litt seit 10 Jahren an schlechtem Magen". Nach dem Genuss einiger Speisen bekommt sie starkes Aufstossen; Druck und Anschwellung in der Magengegend nach dem Trinken kalten Wassers.

Kurz nach Weihnachten 1893 trat bei P. plötzlich starkes Herzklopfen mit Angstgefühl auf, welches eine Stunde anhielt. Nach ca. 4 Wochen wiederholte sich der Anfall.

Vor einem Monat machten sich Schmerzen in der Lebergegend bemerkbar, die Anfangs nur Abends auftraten. Wenn sich P. auf die linke Seite legte, hatte sie das Gefühl, als wenn ein glatter, runder Körper sich von der Leber nach dem Magen zu bewegte.

Die Schmerzen, die bei Bewegungen stärker werden, strahlen nach Schulter und Kreuz aus. Als die Beschwerden sich steigerten, consultierte P. einen Arzt, der ihr Aufnahme in die Charité empfahl.

P. klagt über Appetitlosigkeit und leichte Erregbarkeit. Ihr Ernährungszustand ist nach ihrer Angabe in den letzten 4—5 Jahren stark zurückgegangen.

Status praesens.

P. ist von Mittelgrösse, mässig starkem Knochenbau, schlaffer Muskulatur und hat geringes Fettpolster.

Sie nimmt die aktive Rückenlage ein: facies composita.

Die Haut ist gelblichweiss, die Skleren leicht ikterisch: der Puls ist regelmässig, 106, von geringer Spannung. Die Respiration ist ruhig und regelmässig.

Die Lungenuntersuchung ergiebt normale Verhältnisse. Die Herzdämpfung: oberer Rand der 3. Rippe, linker Sternalrand, Mammillar-Linie. Spitzenstoss in der Mammillar-Linie fühlbar. Herztöne leise und rein.

Die Leberdämpfung beginnt in der Mammillar-Linie am oberen Rand der 6. Rippe und reicht nach unten bis zu einer die spinae ant. sup. verbindenden Linie. Der untere Rand ist stumpf und glatt, die palpable Fläche der Leber glatt, von normaler Resistenz.

Die Milzdämpfung reicht vom oberen Rand der 7. Rippe bis zum Rippenbogen: die Milz ist bei tiefer Inspiration deutlich palpabel.

Weder Inguinal- noch Cervical-Drüsen sind geschwollen.

Urin dunkel, trübe, ohne Albumen.

20. Juli.			36,5
	Nachmittags	4 Uhr	38,1
	Abends	8 „	38,9.

P. leidet an Durchfall mit Leibschmerzen.

21. Juli.	Vormittags	8 Uhr	38,0
	Nachmittags	2 „	38,9
	„	4 „	39,3
	Abends	8 „	39,4.

Puls 106. Der Stuhl ist stark diarrhoisch, citronenfarben. Von der Leber strahlen Schmerzen nach der linken Seite aus.

22. Juli.	Vormittags	8	Uhr	39,1
	Nachmittags	2	„	38,7
	„	4	„	38,7
	Abends	8	„	38,8

Puls 120. Der Leib ist mässig aufgetrieben, nicht besonders druckempfindlich; nur der untere Leberrand in der Höhe der spinae ant. sup. ist in geringem Grade druckempfindlich.

23. Juli.	Vormittags	8	Uhr	38,9
	Mittags	12	„	38,7
	Nachmittags	4	„	39,2
	Abends	8	„	38,4

Heut fühlt sich P. sehr matt und klagt über Stiche in der linken Brust. Diazo, Albumen negativ.

24. Juli.	Vormittags	8	Uhr	38,0
	Mittags	12	„	38,1
	Nachmittags	4	„	38,8
	Abends	8	„	39,2

Puls 132.

25. Juli.	Vormittags	8	Uhr	38,3
	Mittags	12	„	39,2
	Nachmittags	4	„	39,3
	Abends	8	„	38,3

Puls 108. P. hat schlecht geschlafen und klagt über zuckende Schmerzen unterhalb des Nabels.

26. Juli.	Vormittags	8	Uhr	38,3
	Mittags	12	„	37,7
	Nachmittags	4	„	39,3

Puls 108.

27. Juli.	Vormittags	8	Uhr	38,8
	Mittags	12	„	39,7

	Nachmittags	4 Uhr	39,7
	Abends	8 „	38,5

Puls 112.

28. Juli.	Vormittags	8 Uhr	38,7
	Mittags	12 „	39,9
	Nachmittags	4 „	39,1
	Abends	8 „	38,6.

Puls 116. Nachmittags Anstieg der Temperatur unter leichtem Frösteln: Bei ruhiger Rückenlage hat P. fast gar keine Beschwerden.

2malige Probepunction ergiebt nur sanguis.

29. Juli.	Vormittags	8 Uhr	36,9
	Mittags	12 „	36,0
	Nachmittags	4 „	36,5
	Abends	8 „	38,2.

Puls 96. Vorübergehendes Frostgefühl im Rücken. Milz noch palpabel.

30. Juli. Temperatur normal.

2. August. Um 4 Uhr nachmittags steigt die Temperatur von 37,8 auf 38,6.

6. August. P. ist zum ersten Mal ausser Bett.

15. August. Menses.

21. August. Vormittags 8 Uhr 37,5.

P. ist seit 20 Tagen fieberfrei und ohne Beschwerden. Der objektive Befund an der Leber ist unverändert: die Milz ragt 1 cm über den Rippenbogen hinaus und zeigt derbe Beschaffenheit.

22. August.	Vormittags	8 Uhr	37,5
	Nachmittags	4 „	38,9
	Abends	8 „	37,9.

P. klagt über Schmerzen im Leib.

23. August.	Vormittags	8 Uhr	37,7
	Nachmittags	4 „	37,0.

24. August.	Vormittags	8	Uhr	38,3
	„	10	„	39,1
	Mittags	12	„	39,5
	Nachmittags	2	„	38,7
	„	4	„	38,5
	Abends	6	„	39,2
	„	8	„	39,5.

P. hatte heut Frösteln und Kopfschmerzen.

Menses sind wieder eingetreten, hörten aber nach einigen Stunden wieder auf.

25. August. Temperatur normal.

Geringe Schmerzen im Unterleib. Leichtes Frösteln am Vormittag.

26 August. Temperatur normal.
Puls 70.

29. August. Als geheilt entlassen.

Zum Schluss bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Rat Leyden, für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und Herrn Stabsarzt Dr. Thiele, Assistenzarzt an der I. med. Klinik, für die stete liebenswürdige Unterstützung meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Anker, Interm. Fieber etc. Diss. Strassburg, 1890.
2. Barbacci, Reperto bacteriol. in due case di suppurazione delle vie biliari. Lo sperimentale 1892, Heft V.
3. Batkowski, Eitrige Entzündung der Gallengänge. Diss. Breslau, 1869.
4. Bouchard, Comptes rendues de la soc. de biol. 1890, No. 39.
5. Budd, Krankh. der Leber, 1846.
6. Cardarelli, Calcolosi biliare, Morgagni 1894.
7. Chairin & Roger, La sem. médic. 1891, No. 10.
8. Charcot, Leçons sur l. malad. du foie etc., 1877.
9. Charcot & Gombault, Arch. de phys. norm. et path. 1876.
10. Courvoisier, Casuist. stat. Beiträge zur Path. u. Chirurgie der Gallenwege, 1890.
11. Fraenkel, A., Deutche Med. Wochenschr. 1891, No. 48.
12. Frerichs, Klinik d. Leberkrankh., 1861.
13. Gilbert & Girode, 1) La sem. méd. 1890, X, No. 58.
    2) Comptes rend. de la sa. de biol. 1891, No. 11, 1890, No. 39.
14. Hampeln, Zeitschr. f. klin. Medicin, 1884, 1888.
15. Leyden, 1) Path. d. Icterus, 1866.
    2) Charité-Annalen 1886. Leberabscess n. Gallenstein.
16. Leva, Deutsche Med. Wochenschr. 1892.
17. Leichtenstein, Klinik des Leberkrebses. Ziemssens Handbuch, 1878.
18. Luys, Société de biol. 1864.
19. Lètienne, Recherch. bact. sur la bile. Arch. de méd. exper. Vol. III, No. 6.
20. Levy, E., Arch. für exper. Path. und Pharmak. Bd. 29.
21. Mosler, Parasiten. (Spec. Path. und Therap. von Nothnagel.)
22. Macaigne, Le bacter. coli. Paris 1893.

23. Mathieu & Malibran, Bullet. de la soc. anat. 1884.
24. Magnin, De quelq. accid. de la lith. biliaire, 1869.
25. Malvez & Dupré, les infect. bil. Thése, 1891.
26. Naunyn, Klinik d. Cholelith, 1892.
27. Netter & Martha, Arch. de phys. norm. et pathol., XIII, 1886.
28. Oddo, Revue de méd. 1893, No. 9.
29. Osler, On fever of hepat. orig. 1890.
30. Ortner, Zur Klinik der Cholelith. Wien 1894.
31. Renvers, Zur Pathol. des interm. Gallenfiebers. Charité-Annalen 1892.
32. Riedel, Erfahruugen über d. Gallensteinkrankh. 1892.
33. Rovighi, Rivista clinica, 1886; p. 321; 401.
34. Steinhaus, X. intern. Congress, 1891.
35. Stern, Centralblatt für Bacterienkunde, 1893.
36. Schmitz, Berl. Klin. Wochenschr., 1891.

Thesen.

I.

Es giebt kein „Reflex“-Fieber.

II.

Die ulcerativen Prozesse der Gallenwege sind auf secundäre Invasion von Bacterien, nicht auf eine rein mechanische Wirkung der Gallensteine zurückzuführen.

III.

Bei der chronischen Laryngitis der Sänger ist eine alleinige locale Behandlung nicht ausreichend.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Eugen Rund, mos. Confession, wurde am 22. März 1871 als Sohn des Kaufmanns Bernhard Rund in Laurahütte, Oberschlesien, geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung genoss derselbe zunächst auf dem Gymnasium zu Königshütte, alsdann auf dem Kaiserin Augusta-Gymnasium zu Charlottenburg, das er Ostern 1891 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um an der Königl. Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin sich dem Studium der Medicin zu widmen. Am 22. Februar 1893 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 21. Juni 1895 das Tentamen medicum und am 28. Juni desselben Jahres das Examen rigorosum.

Während der Monate Juni bis Oktober 1893 war er an der chirurg. Poliklinik des Augusta-Hospitals (Hr. Medic.-Rath Lindner) zu Berlin, Oktober bis Dezember 1893 auf der II. med. Klinik des Herrn Geh. Rat Gerhardt, September 1894 bis März 1895 auf der I. medic. Klinik und Poliklinik des Herrn Geh. Leyden, Januar und Februar 1895 auch in der Augenklinik des Herrn Prof. Schoeler als Famulus beschäftigt.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

B. Baginski, Behrend, Bein, v. Bergmann, E. du Bois-Reymond, Busch, Ehrlich, A. Fränkel, Gad, Gluck, Gerhardt, Grawitz, Güterbock, Hartmann (†), Heimann, O. Hertwig, Heubner, A. W. v. Hofmann (†), Horstmann, Kasper, A. Koenig, Koblank, Kundt (†), Langgaard, Leyden, Liebreich, Mendel, Olshausen, Riess, Rubner, Schlange, Schoeler, Schweigger, Schwendener, Sonnenburg, J. Veit, R. Virchow, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.